

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍFILIS

2025



PREFEITURA DE
VOLTA REDONDA

SMS
SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE



2025 Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. O conteúdo desta pode ser acessado na página <http://www.portalvr.com.br/saude>

1ª edição – 2025

Elaboração e acesso Secretaria Municipal de Saúde R. São João Batista, 35 - Niterói, Volta Redonda
— Rio de Janeiro Telefone: (24) 3339-9656
Site: <http://www.portalvr.com/saude>

Antônio Francisco Neto
Prefeito Municipal

Sebastião Faria
Vice-prefeito

Márcia Lygia Vieira Cury Inacio
Secretária Municipal de Saúde

Hilquias Lopes Farias
Subsecretário Municipal de Saúde

Suzanne Balieiro
Subsecretária Municipal de Saúde

Marina Fátima de Oliveira Marinho
Diretora do Departamento de Informação, Planejamento, Inovação e Qualidade

Milene de Paula Souza
Diretora de Departamento de Vigilância em Saúde

Sueli Batista de Almeida
Diretora de Departamento de Atenção à Saúde

Stella Maris Gomes de Amorim
Responsável pela Área Técnica

Hálison Vitorino
Coordenador da Atenção Primária à Saúde

Elisangela Lira Bonifácio
Coordenadora da Divisão de Atenção Especializada

Marcilea Dias de Sá
Coordenadora da Divisão de Área Técnica e Educação em Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Métodos diagnósticos de sífilis: exames diretos.....	15
Quadro 2 – Métodos diagnósticos de sífilis: testes imunológicos	16
Quadro 3 – Interpretação dos testes imunológicos	20
Quadro 4 – Tratamento e monitoramento de sífilis	22
Quadro 5 – Tratamento e monitoramento de sífilis em gestante	25
Quadro 6 – Valores de exame líquórico em crianças com suspeita de neurosífilis	31
Quadro 7 – Resumo de tratamento do RN com sífilis congênita no período neonatal	38

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 – <i>Treponema pallidum</i>	10
Imagem 2 – Sífilis primária	11
Imagem 3 – Sífilis secundária	12
Imagem 4 – Sífilis terciária	13
Imagem 5 – Sífilis terciária: neurosífilis gomatória e aneurisma sífilítico	13
Imagem 6 – Relação entre os testes para diagnóstico da Sífilis, as fases da doença, o curso clínico da infecção e o tempo	14
Imagem 7 – Diluição do VDRL	17
Imagem 8 – Testes imunológicos para diagnóstico de sífilis	19
Imagem 9 – Curso natural da sífilis em gestantes.....	27
Imagem 10 – Fluxo de notificação a partir da classificação do recém-nascido ao nascimento baseado apenas no histórico materno.....	29
Imagem 11 – Sífilis congênita precoce.....	32
Imagem 12 – Sífilis congênita tardia	35

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO 1 – SÍFILIS ADQUIRIDA.....	9
Imagem 1 – <i>Treponema pallidum</i>	10
CLASSIFICAÇÕES	10
MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	11
Imagem 2 – Sífilis primária	11
Imagem 3 – Sífilis secundária	12
Imagem 4 – Sífilis terciária	13
Imagem 5 – Sífilis terciária: neurosífilis gomatosa e aneurisma sífilítico	13
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE SÍFILIS.....	14
Imagem 6 – Relação entre os testes para diagnóstico da Sífilis, as fases da doença, o curso clínico da infecção e o tempo	14
EXAMES DIRETOS DE SÍFILIS	14
Quadro 1 – Métodos diagnósticos de sífilis: exames diretos.....	15
TESTES IMUNOLÓGICOS DE SÍFILIS	15
Quadro 2 – Métodos diagnósticos de sífilis: testes imunológicos	16
Imagem 7 – Diluição do VDRL	17
A ESCOLHA DOS TESTES IMUNOLÓGICOS.....	18
Imagem 8 – Testes imunológicos para diagnóstico de sífilis	19
Quadro 3 – Interpretação dos testes imunológicos.....	20
TRATAMENTO DE SÍFILIS	21
Quadro 4 – Tratamento e monitoramento de sífilis	22
CAPÍTULO 2 – SÍFILIS NA GESTAÇÃO	24
DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍFILIS EM GESTANTES	24
TRATAMENTO ADEQUADO DA GESTANTE.....	25
Quadro 5 – Tratamento e monitoramento de sífilis em gestante	25
RECOMENDAÇÕES PARA O SEGUIMENTO DA SÍFILIS MATERNA.....	26
Imagem 9 – Curso natural da sífilis em gestantes.....	27
CAPÍTULO 3 – SÍFILIS CONGÊNITA	28
DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍFILIS CONGÊNITA.....	28
Imagem 10 – Fluxo de notificação a partir da classificação do recém-nascido ao nascimento baseado apenas no histórico materno.....	29
DIAGNÓSTICO.....	29
Exames hematológicos.....	30
Exame do líquido cefalorraquidiano (LCR)	30

Quadro 6 – Valores de exame liquórico em crianças com suspeita de neurosífilis	31
MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E CLASSIFICAÇÃO.....	31
Sífilis Congênita Precoce	31
Imagem 11 – Sífilis congênita precoce.....	32
Sífilis Congênita Tardia	35
Imagem 12 – Sífilis congênita tardia	35
AVALIAÇÃO E MANEJO NA MATERNIDADE.....	36
Fluxograma 1 – Fluxograma para avaliação e manejo na maternidade das crianças nascidas de mães com diagnóstico de sífilis na gestação atual ou no momento do parto.....	37
TRATAMENTO DO RN COM SÍFILIS CONGÊNITA	38
Quadro 7 – Resumo de tratamento do RN com sífilis congênita no período neonatal	38
SEGUIMENTO DO RN COM SÍFILIS CONGÊNITA	39
REFERÊNCIAS.....	40

LISTA DE SIGLAS

CMIA – *Chemiluminescent Microparticle Immunoassay*

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ELISA – *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*

EQL – *Enzyme Immunoassay*

FTA–Abs – *Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test*

IM – Intramuscular

IV – Intravenoso

LCR – Líquido Cefalorraquidiano

MHA–TP – *Microhemagglutination Assay for Treponema Pallidum*

NAAT – *Nucleic Acid Amplification Test*

RPR – *Rapid Plasma Reagin*

SNC – Sistema Nervoso Central

SUS – Sistema Único de Saúde

TPHA – *Treponema pallidum Hemagglutination Assay*

TPPPA – *Treponema Pallidum Particle Agglutination*

TR – Teste rápido

TRUST – *Toluidine Red Unheated Serum Test*

USR – *Ultra Rapid Syphilis Test*

VDRL – *Venereal Disease Research Laboratory*

VO – Via Oral

VPP – Valor Preditivo Positivo

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍFILIS

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma enfermidade sistêmica, exclusiva do ser humano, conhecida desde o século XV, e seu estudo ocupa todas as especialidades médicas.

Tem como principal via de transmissão o contato sexual, seguido pela transmissão vertical para o feto durante o período de gestação de uma mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente. Também pode ser transmitida por transfusão sanguínea.

A apresentação dos sinais e sintomas da doença é muito variável e complexa. Quando não tratada, evolui para formas mais graves, podendo comprometer o sistema nervoso, o aparelho cardiovascular, o aparelho respiratório e o aparelho gastrointestinal.

Embora o tratamento com penicilina seja muito eficaz nas fases iniciais da doença, métodos de prevenção devem ser implementados, pois adquirir sífilis expõe as pessoas a um risco aumentado para outras DST, inclusive a Aids.

O número de casos de sífilis vem aumentando no Brasil e, por isso, todos os profissionais da área da saúde devem estar atentos às suas manifestações.

CAPÍTULO 1

SÍFILIS ADQUIRIDA

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano, causada pelo *Treponema pallidum* subespécie *pallidum* (Imagem 1).

A sífilis é transmitida predominantemente por via sexual e pode também ser transmitida verticalmente (sífilis congênita):

Via sexual (sífilis adquirida)

- Taxa de transmissão entre 10% e 60%;
- 95% pelo contato genital com lesões infectantes (úlceras genitais, lesões cutâneas bolhosas ou erodidas, placas mucosas, condiloma plano perianal).

Transplacentária (sífilis congênita)

- Da mãe para o concepto em qualquer fase da gestação;
- Chance de transmissão de 100% na sífilis primária 90% na sífilis secundária 30% na sífilis tardia.

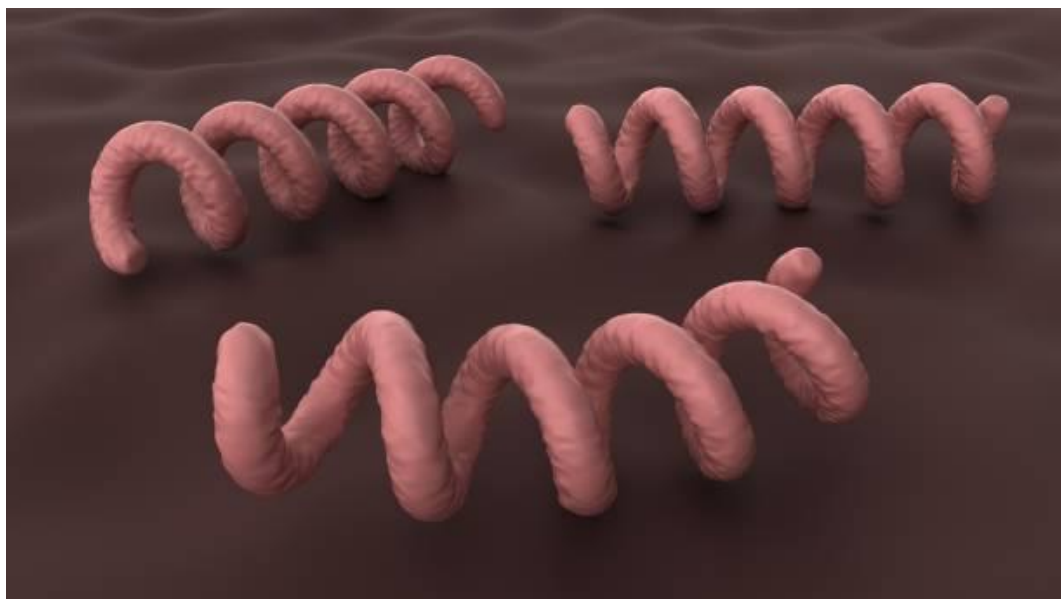
Outras formas de transmissão sem interesse epidemiológico

- Indireta (objetos contaminados, tatuagem);
- Transusão de sangue.

As manifestações clínicas resultam da resposta inflamatória local desencadeada por espiroquetas que se replicam dentro dos tecidos. Os indivíduos infectados geralmente seguem um curso da doença dividido em estágios: primária, secundária, latente e terciária durante um período maior ou igual a 10 anos.

O risco está diretamente relacionado à presença de lesões mucocutâneas, mais comuns no primeiro ano de infecção (fases primária e secundária). A infectividade da sífilis por transmissão sexual é maior (cerca de 60%) nos estágios iniciais (primária, secundária e latente recente), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (latente tardia e terciária). Os sítios de inoculação do *Treponema pallidum* são, em geral, os órgãos genitais (pênis, vulva, vagina, colo uterino e ânus), podendo ocorrer também manifestações extragenitais (lábios, língua e áreas da pele com solução de continuidade).

Imagem 1 – *Treponema pallidum*



A ausência ou escassez de sintomatologia, dependendo do estágio da infecção, faz com que a maioria das pessoas não tenha conhecimento da infecção, e possa transmitir aos seus contatos sexuais. A transmissão por transfusão de sangue ou derivados tornou-se rara, devido ao controle realizado pelos hemocentros.

CLASSIFICAÇÕES:

Segundo o tempo de infecção:

- Sífilis adquirida recente (até um ano de evolução);
- Sífilis adquirida tardia (mais de um ano de evolução).

Segundo as manifestações clínicas:

- Sífilis primária;
- Sífilis secundária;
- Sífilis latente:
 - Latente recente (até um ano de infecção);
 - Latente tardia (mais de um ano da infecção);
- Sífilis terciária.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- **Sífilis primária** – apresenta no local de entrada da bactéria uma mácula ou pápula vermelha escura que progride rapidamente para uma erosão ou úlcera (0,5 a 2,0 cm), denominada “cancro duro”. Em geral, a lesão é única, indolor, com bordos endurecidos, bem delimitados e com fundo liso e limpo. A lesão é rica em treponemas e pode ser acompanhada de linfadenopatia inguinal. Esse estágio pode durar entre 2 a 6 semanas e desaparece de forma espontânea, independentemente de tratamento, sem deixar cicatriz.

Imagem 2 – Sífilis primária



- **Sífilis secundária** – as manifestações ocorrem de 6 semanas a 6 meses após o aparecimento do cancro duro e duram entre 4 a 12 semanas; porém, as lesões podem recrudescer em surtos subentrantes por até 2 anos. Podem ocorrer erupções cutâneas em forma de máculas (roséola) e/ou pápulas, principalmente no tronco, não pruriginosas; lesões eritematosas-escamosas palmo-plantares (essa localização sugere fortemente o diagnóstico de sífilis no estágio secundário); placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas; lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano ou condiloma lata); alopecia em clareira e madarose (perda da sobrancelha, em especial do terço distal), febre, mal-estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia generalizada. A sintomatologia pode desaparecer de forma espontânea em poucas semanas, independentemente de tratamento. As lesões secundárias são ricas em treponemas. Mais raramente, observam-se comprometimento hepático e quadros meníngeos e/ou até oculares, em geral como uveíte.

Nesse estágio, há presença significativa de resposta imune, com intensa produção de anticorpos contra o treponema. Os anticorpos circulantes resultam em maiores títulos nos testes não treponêmicos e também implicam resultado reagente nos testes treponêmicos.

Imagem 3 – Sífilis secundária



- **Sífilis latente** – não se observam sinais e sintomas clínicos, sendo o diagnóstico realizado exclusivamente por meio de testes sorológicos. É dividida em latente recente (até um ano de infecção) e latente tardia (mais de um ano de infecção). Aproximadamente 25% dos pacientes intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência, durante o primeiro ano da infecção. Se não for possível identificar a duração da infecção (sífilis latente de duração ignorada), o tratamento deve ser realizado como sífilis latente tardia.

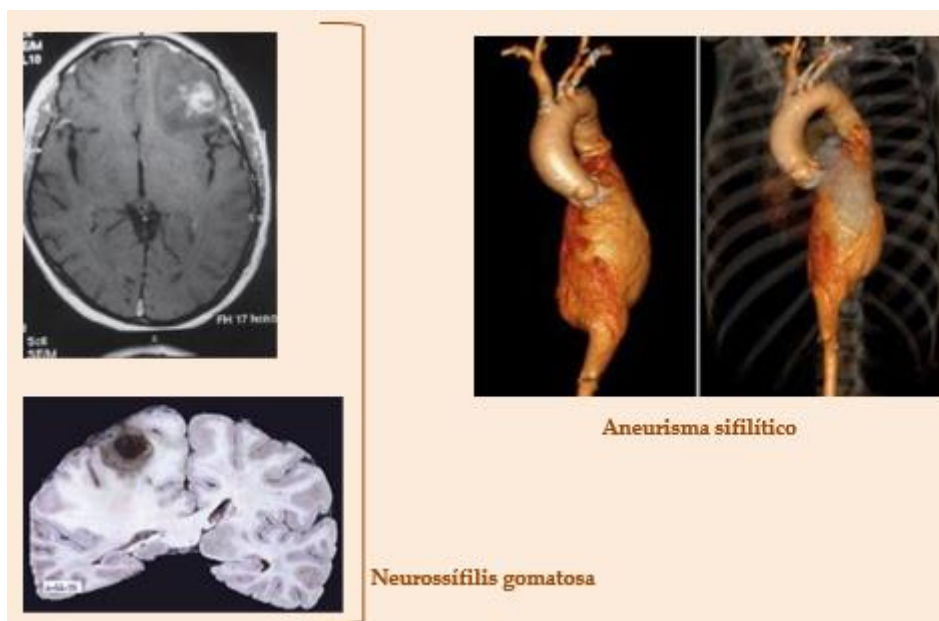
- **Sífilis terciária** – ocorre aproximadamente em 30% das infecções não tratadas, após um longo período de latência (entre 2 a 40 anos). A sífilis terciária é rara e, quando presente, manifesta-se na forma de inflamação e destruição tecidual. É comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular. Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. As

lesões causam desfiguração e incapacidade, podendo ser fatais. Para o diagnóstico, devem ser consideradas as lesões: cutâneas (gomosas e nodulares, de caráter destrutivo); ósseas (periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares); cardiovasculares (aortite sífilítica, aneurisma e estenose de coronárias); neurológicas (meningite aguda, goma do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, paralisia geral, tabes dorsalis e demência).

Imagem 4 – Sífilis terciária



Imagem 5 – Sífilis terciária: neurosífilis gomatósa e aneurisma sífilítico

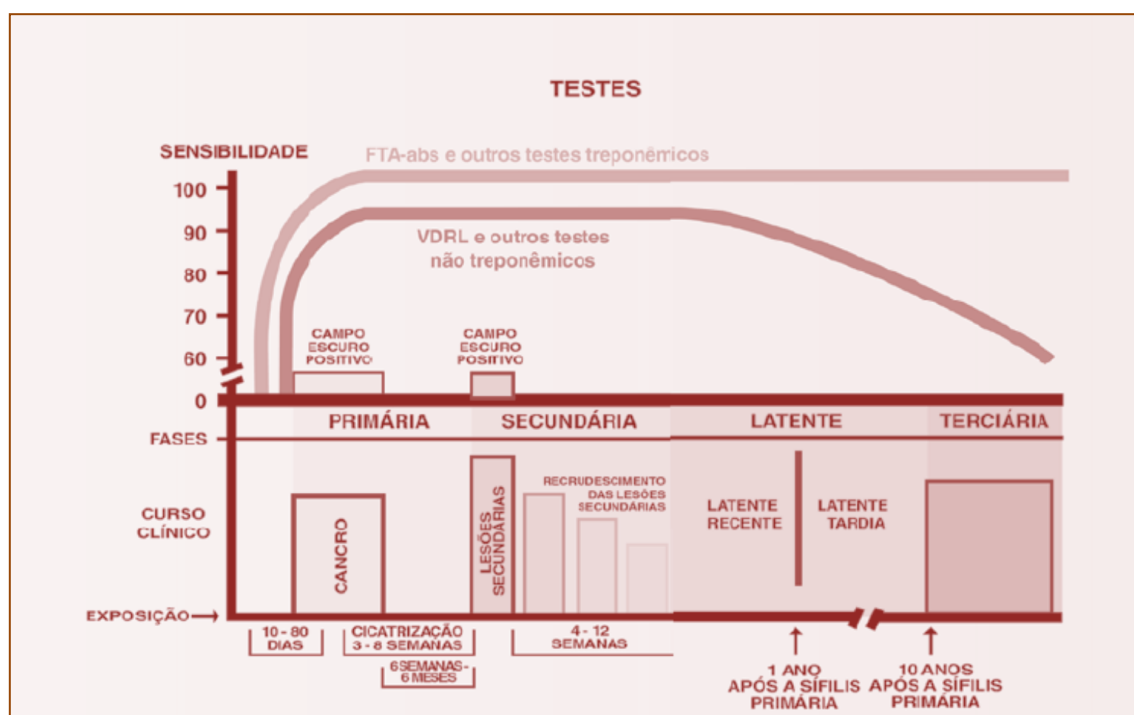


Importante: A neurosífilis acomete o sistema nervoso central (SNC), o que pode ser observado já nas fases iniciais da infecção. Esse acometimento precoce ocorre por reação inflamatória da bainha de mielina, não havendo destruição anatômica das estruturas neurais. Estatisticamente, ocorre em 10% a 40% dos pacientes não tratados, na sua maioria de forma assintomática, diagnosticada somente pelo exame do líquido, exteriorizando-se clinicamente em apenas 1% a 2% como meningite asséptica.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE SÍFILIS

Os testes utilizados para o diagnóstico de sífilis são divididos em duas categorias: exames diretos e testes imunológicos. A positividade deles está relacionada as fases da doença e ao tempo de duração desta (imagem 6).

Imagem 6 – Relação entre os testes para diagnóstico da Sífilis, as fases da doença, o curso clínico da infecção e o tempo



EXAMES DIRETOS DE SÍFILIS

Os exames diretos são aqueles em que se realiza a pesquisa ou detecção do *T. pallidum* em amostras coletadas diretamente das lesões, e estão descritos no Quadro 1.

A detecção direta é útil para diagnóstico da sífilis primária e congênita precoce e auxilia no diagnóstico da sífilis secundária, pois esses estágios da infecção apresentam lesões de pele ou mucosa que contêm exsudato com grande quantidade do patógeno.

Os métodos para detecção direta de *T. pallidum* incluem técnicas de microscopia e testes de amplificação de ácido nucleico (*nucleic acid amplification test*, NAAT), que possuem a vantagem de se tornarem positivos de uma a três semanas antes dos testes imunológicos.

Os NAAT possuem bom desempenho para detecção de *T. pallidum* em amostras de lesões, tecidos e líquido, e podem ser uma alternativa para o diagnóstico. No Brasil, já existem metodologias validadas e registradas para a investigação de *T. pallidum* em úlceras genitais, e que estão sendo analisadas para incorporação ao SUS.

Quadro 1 – Métodos diagnósticos de sífilis: exames diretos

MÉTODO	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	MATERIAL	SENSIBILIDADE/ ESPECIFICIDADE	SIGNIFICADO CLÍNICO	OBSERVAÇÕES
Exame em campo escuro	Lesões primárias e secundárias	Exsudato seroso das lesões ativas para observação dos treponemas viáveis em amostras frescas	Alta sensibilidade e especificidade Depende da experiência do técnico Teste eficiente e de baixo custo para diagnóstico direto de sífilis	Positivo: infecção ativa. Considerar diagnóstico diferencial com não patogênicos e outros organismo espiralados. Negativo: considerar as possibilidades: 1) O número de <i>T. pallidum</i> na amostra não foi suficiente para detecção;	Positividade em pessoas com cancro primário pode ser anterior à soroconversão (positividade nos testes imunológico). Não é recomendado para lesões de cavidade oral
Pesquisa direta com material corado		Esfregaço em lâmina ou cortes histológicos com diferentes corantes	Todas as técnicas têm sensibilidade inferior à microscopia de campo escuro	2) A lesão está próxima à cura natural; 3) A pessoa recebeu tratamento sistêmico ou tópico.	

TESTES IMUNOLÓGICOS DE SÍFILIS

Os testes imunológicos são, certamente, os mais utilizados na prática clínica. Caracterizam-se pela realização de pesquisa de anticorpos em amostras de sangue total, soro

ou plasma. Esses testes são subdivididos em duas classes, os treponêmicos e os não treponêmicos (Quadro 2).

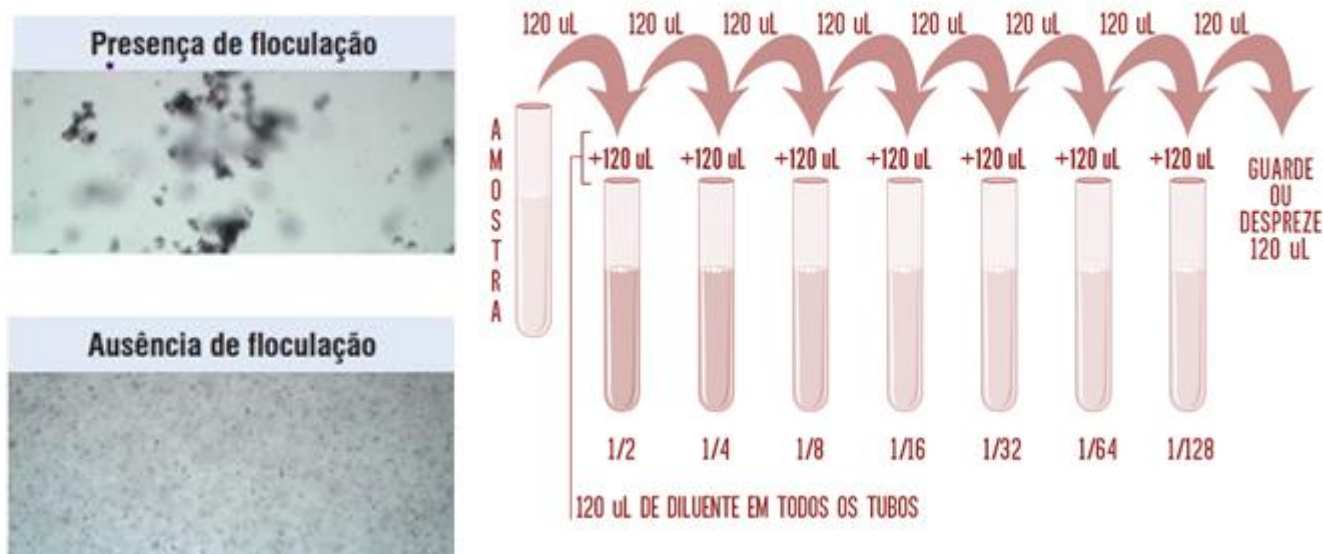
Testes treponêmicos: são testes que detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos de *T. pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes, podendo ser utilizados como primeiro teste ou teste complementar. Em 85% dos casos, permanecem reagentes por toda vida, mesmo após o tratamento e, por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento.

Testes não treponêmicos: esses testes detectam anticorpos anticardiolipina não específicos para os antígenos do *T. pallidum*. Permitem uma análise qualitativa e quantitativa. Sempre que um teste não treponêmico é realizado, é imprescindível analisar a amostra pura e diluída, em virtude do fenômeno prozona. O título é indicado pela última diluição da amostra que ainda apresenta **reatividade** ou **floculação visível** (Figura 3). O resultado final dos testes reagentes, portanto, deve ser expresso em títulos (1:2, 1:4, 1:8 etc.). Os testes não treponêmicos são utilizados para o diagnóstico (como primeiro teste ou teste complementar) e também para o monitoramento da resposta ao tratamento e controle de cura.

Quadro 2 – Métodos diagnósticos de sífilis: testes imunológicos

TESTES IMUNOLÓGICOS	Não treponêmicos	VDRL RPR TRUST USR	Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8); Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.
	Treponêmicos	FTA–Abs ELISA/EQL/CMIA TPHA/TPPPA/MHA–TP Teste rápido – TR	São os primeiros a se tornarem reagentes; Na maioria das vezes, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento; São importantes para o diagnóstico, mas não estão indicados para monitoramento da resposta ao tratamento.

Imagem 7 – Diluição do VDRL



A queda adequada dos títulos e o indicativo de sucesso do tratamento. Os testes não treponêmicos mais comumente utilizados no Brasil são o VDRL (do inglês *Venereal Disease Research Laboratory*), o RPR (do inglês *Rapid Plasma Reagin*) e o USR (do inglês *Unheated-Serum Reagin*). Resultados falso-reagentes, ainda que raros, são passíveis de ocorrer. Anticorpos anticardiolipina podem estar presentes em outras doenças. Por isso, e sempre importante realizar testes treponêmicos e não treponêmicos para a definição laboratorial do diagnóstico.

Resultados falso-positivos nos testes podem ocorrer em diferentes situações e tendem a apresentar títulos baixos nos testes não treponêmicos.

Resultados falso-positivos podem ser **permanentes**:

- em portadores de lúpus eritematoso sistêmico;
- na síndrome antifosfolípida e em outras colagenoses;
- na hepatite crônica;
- em usuários de drogas ilícitas injetáveis;
- na hanseníase;
- na malária.

Resultados falso-positivos podem também ocorrer **transitoriamente**:

- em algumas infecções (ex.: mononucleose, varicela, COVID-19);
- após vacinações;
- uso concomitante de medicamentos;
- após transfusões de hemoderivados;
- na gravidez e em idosos.

Os testes não treponêmicos apresentam mais resultados falsopositivos. Cerca de 1% da população apresenta reatividade nos testes treponêmicos sem ter a infecção.

No exame FTA-abs, as reações falso-positivas habitualmente apresentam os treponemas com um padrão atípico de fluorescência em forma de contas (como de rosário). Isso ocorre, por exemplo, na borreliose de Lyme. Nesse caso, o FTA-abs é reagente e o VDRL geralmente é não reagente.

Os testes não treponêmicos tornam-se reagentes em cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro. Se a infecção for detectada nas fases tardias da doença, são esperados títulos baixos nesses testes. Títulos baixos ($\leq 1:4$) podem persistir por meses ou anos. Pessoas com títulos baixos em testes não treponêmicos, sem registro de tratamento e sem data de infecção conhecida, são consideradas como portadoras de sífilis latente tardia, devendo ser tratadas.

A denominada cicatriz sorológica ou memória sorológica caracteriza-se pela persistência de resultados reagentes nos testes treponêmicos e/ou nos testes não treponêmicos com baixa titulação após o tratamento adequado para sífilis, afastada a possibilidade de reinfeção.

A ESCOLHA DOS TESTES IMUNOLÓGICOS

Considerando a sensibilidade dos fluxos diagnósticos, recomenda-se, sempre que possível, iniciar a investigação por um teste treponêmico, preferencialmente o teste rápido.

A combinação de testes sequenciais tem por objetivo aumentar o valor preditivo positivo – VPP de um resultado reagente no teste inicial. O fluxograma em serie e custo-efetivo e está apresentado na Imagem 8.

Imagem 8 – Testes imunológicos para diagnóstico de sífilis



Fonte: DCCI/SVS/MS.

*O diagnóstico de sífilis não estará confirmado quando houver presença de cicatriz sorológica, ou seja, persistência de resultados reagentes nos testes treponêmicos e/ou não treponêmicos com baixa titulação após o tratamento adequado, afastada a possibilidade de reinfecção.

Quadro 3 – Interpretação dos testes imunológicos

PRIMEIRO TESTE	+	TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES	SENSIBILIDADE/ESPECIFICIDADE
Teste treponêmico: reagente	+	Teste não trepoêmico: reagente	Diagnóstico de sífilis. Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado o caso de cicatriz sorológica. Apenas orientar.
Teste treponêmico: reagente	+	Teste não treponêmico: não reagente	Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro. • Se reagente : diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. • Se não reagente : considera-se resultado falso-reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. Se o terceiro teste treponêmico não estiver disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado o caso de cicatriz sorológica. Apenas orientar. Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.
Teste não treponêmico: reagente	+	Teste treponêmico: reagente	Diagnóstico de sífilis. Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado o caso de cicatriz sorológica. Apenas orientar.
Teste não treponêmico: reagente	+	Teste treponêmico: não reagente	Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro. • Se reagente : diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. • Se não reagente : considera-se resultado falso-reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. Se o terceiro teste treponêmico não estiver disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado o caso de cicatriz sorológica. Apenas orientar. Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.
Teste não treponêmico: não reagente OU Teste treponêmico: não reagente	+	Não realizar teste complementar se o primeiro teste for não reagente e se não houver suspeita clínica de sífilis primária	Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente.	Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias. Isso não deve, no entanto, retardar a instituição do tratamento, caso o diagnóstico de sífilis seja o mais provável (ex.: visualização de úlcera anogenital) ou o retorno da pessoa ao serviço de saúde não possa ser garantido.

TRATAMENTO DE SÍFILIS

A benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha para o tratamento de sífilis, sendo a única droga com eficácia documentada durante a gestação. Não há evidências de resistência de *T. pallidum* a penicilina no Brasil e no mundo.

Outras opções para não gestantes, como a doxiciclina e a ceftriaxona, devem ser usadas somente em conjunto com um acompanhamento clínico e laboratorial rigoroso, para garantir resposta clínica e cura sorológica.

Devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se tratamento imediato com benzilpenicilina benzatina após somente um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico) nas seguintes situações (independentemente da presença de sinais e sintomas de sífilis):

- Gestantes;
- Vítimas de violência sexual;
- Pessoas com chance de perda de seguimento (que não retornarão ao serviço);
- Pessoas com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária;
- Pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis.

A realização do tratamento com apenas um teste reagente para sífilis não exclui a necessidade de realização do segundo teste (melhor análise diagnóstica), de monitoramento laboratorial (controle de cura) e de tratamento das parcerias sexuais (interrupção da cadeia de transmissão).

Para pacientes sintomáticos com suspeita de sífilis primária e secundária e impossibilidade de realização de qualquer teste diagnóstico, recomenda-se tratamento empírico imediato para sífilis recente, assim como para as respectivas parcerias sexuais.

Quadro 4 – Tratamento e monitoramento de sífilis

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA ^a (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^b	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: sífilis latente tarde (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes o controle deve ser mensal)
Neurossífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/dia, IV, administrada em doses de 3-a milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g, IV, 1x/dia, por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização

Fonte: DCCI/SVS/MS.

^a A Benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes.

^b No caso de sífilis recente em gestantes, alguns especialistas recomendam uma dose adicional de 2,4 milhões de unidades de penicilina G benzatina, IM, uma semana após a primeira dose.

^c Em não gestantes, o intervalo entre doses não deve ultrapassar 14 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado. Em gestantes, o intervalo entre as doses não deve ultrapassar 9 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado.

O monitoramento deve ser realizado com teste não treponêmico e, sempre que possível, com o mesmo método diagnóstico. Por exemplo: se o diagnóstico for realizado com VDRL, deve-se manter seguimento com VDRL. Em caso de diagnóstico realizado com RPR, manter seguimento com RPR.

Tradicionalmente, a indicação de sucesso de tratamento é a diminuição da titulação em duas diluições dos testes não treponêmicos em até três meses e quatro diluições até seis meses, com evolução até a sororreversão (teste não treponêmico não reagente). Essa resposta é mais comum em pessoas de menor idade, com títulos não treponêmicos mais altos no início do tratamento e em estágios mais recentes da infecção (sífilis primária, secundária e latente recente). Mesmo que ocorra resposta adequada ao tratamento, o seguimento clínico deve ser mantido, com o objetivo de monitorar possível reativação ou reinfeção.

A persistência de resultados reagentes em testes não treponêmicos após o tratamento adequado e com queda prévia da titulação em pelo menos duas diluições, quando descartada

nova exposição de risco durante o período analisado, e chamada de “cicatriz sorológica” (*serofast*) e não caracteriza falha terapêutica.

CRITÉRIOS DE RETRATAMENTO DE SÍFILIS: REATIVAÇÃO OU REINFECÇÃO

Muitas vezes, é difícil distinguir entre reinfecção, reativação e cicatriz sorológica, sendo fundamental a avaliação da presença de sinais e sintomas clínicos novos, da epidemiologia (reexposição), do histórico de tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e dos exames laboratoriais prévios, para facilitar a elucidação diagnóstica.

São critérios de retratamento e necessitam de conduta ativa do profissional de saúde:

- Ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis recente, primária e secundária) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para >1:8; ou de 1:128 para >1:32),

OU

- Aumento da titulação em duas diluições ou mais (ex.: de 1:16 para 1:64; ou de 1:4 para 1:16),

OU

- Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos.

A investigação de neurosífilis por meio de punção lombar está indicada na população geral, quando não houver exposição sexual no período que justifique uma reinfecção. Para PVHIV, a investigação é recomendada em todos os casos de retratamento, independentemente de haver ocorrido ou não nova exposição.

O monitoramento mensal das gestantes e da população geral aos três e aos nove meses não tem o intuito de avaliar queda da titulação, mas principalmente descartar aumento da titulação em duas diluições, o que configuraria reinfecção/reativação e necessidade de retratamento da pessoa e das parcerias sexuais.

CAPÍTULO 2

SÍFILIS NA GESTAÇÃO

O não tratamento da infecção materna recente implica em contaminação do feto em 80% a 100% dos casos. Sessenta e seis por cento das gestações com sífilis são complicadas por um efeito adverso (Figura 5). Mesmo após tratadas, as mulheres que tiveram sífilis durante a gestação apresentam um risco maior para resultados adversos quando comparadas com mulheres sem história de infecção. As repercussões da sífilis na gestação incluem graves efeitos adversos para o conceito, desde abortos, óbitos fetais e neonatais até recém-nascidos vivos com sequelas diversas da doença, que poderão se manifestar até os 2 anos de vida.

DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍFILIS EM GESTANTES

Toda mulher diagnosticada como sífilis durante o pré-natal, parto ou puerpério deve ser notificada como sífilis na gestação e não como sífilis adquirida*, conforme critérios:

Situação 1

Mulher assintomática para sífilis, que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério apresente pelo menos um teste reagente - treponêmico E/OU não treponêmico com qualquer titulação – e sem registro de tratamento prévio.

Situação 2

Mulher sintomática para sífilis, que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério apresente pelo menos um teste reagente - treponêmico E/OU não treponêmico com qualquer titulação.

Situação 3

Mulher que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.

*Todos os casos devem ser notificados no formulário próprio de sífilis em gestantes. Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.

TRATAMENTO ADEQUADO DA GESTANTE

Tratamento completo para estágio clínico da sífilis com Penicilina G benzatina, e **INICIADO** em até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrarem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.

Quadro 5 – Tratamento e monitoramento de sífilis em gestante

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^b	Teste não treponêmico mensal ^b
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas ^c Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Teste não treponêmico mensal ^b
Neurossífilis	Benzilpenicilina potássica/ cristalina 18-24 milhões UI, 1x/ dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização

Legenda: UI = unidades internacionais; IM = intramuscular; IV = intravenoso; LCR = líquido cefalorraquidiano. Fonte: BRASIL, 2020; WORKOWSKI et al., 2021; RAMCHANDANI et al., 2023.

^a A benzilpenicilina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado da sífilis nas gestantes.

^b O monitoramento deve ser realizado com teste não treponêmico e, sempre que possível, com o mesmo método diagnóstico. Por exemplo: se o diagnóstico for realizado com VDRL, deve-se manter o seguimento com VDRL. Em caso de diagnóstico realizado com RPR, manter seguimento com RPR.

^c O intervalo entre doses deve ocorrer, idealmente, a cada sete dias, não podendo ultrapassar nove dias. Caso alguma das doses seja perdida ou o intervalo entre elas ultrapasse nove dias, o esquema deve ser reiniciado.

IMPORTANTE!

- Para gestantes, o intervalo ideal entre as doses de benzilpenicilina benzatina é de 7 (sete) dias;
- Caso a gestante não retorne à unidade para receber as doses subsequentes no 7º dia, é necessário realizar imediatamente a busca ativa;
- Em gestantes que apresentaram atraso entre as doses superior a 9 (nove) dias, em qualquer esquema de tratamento prescrito, é necessário repetir o esquema terapêutico completo;
- Considera-se tratamento adequado da gestante quando o intervalo entre as doses estiver entre sete e nove dias. Qualquer esquema com intervalos superiores a nove dias ou inferiores a sete dias entre as doses deve ser considerado como tratamento inadequado.

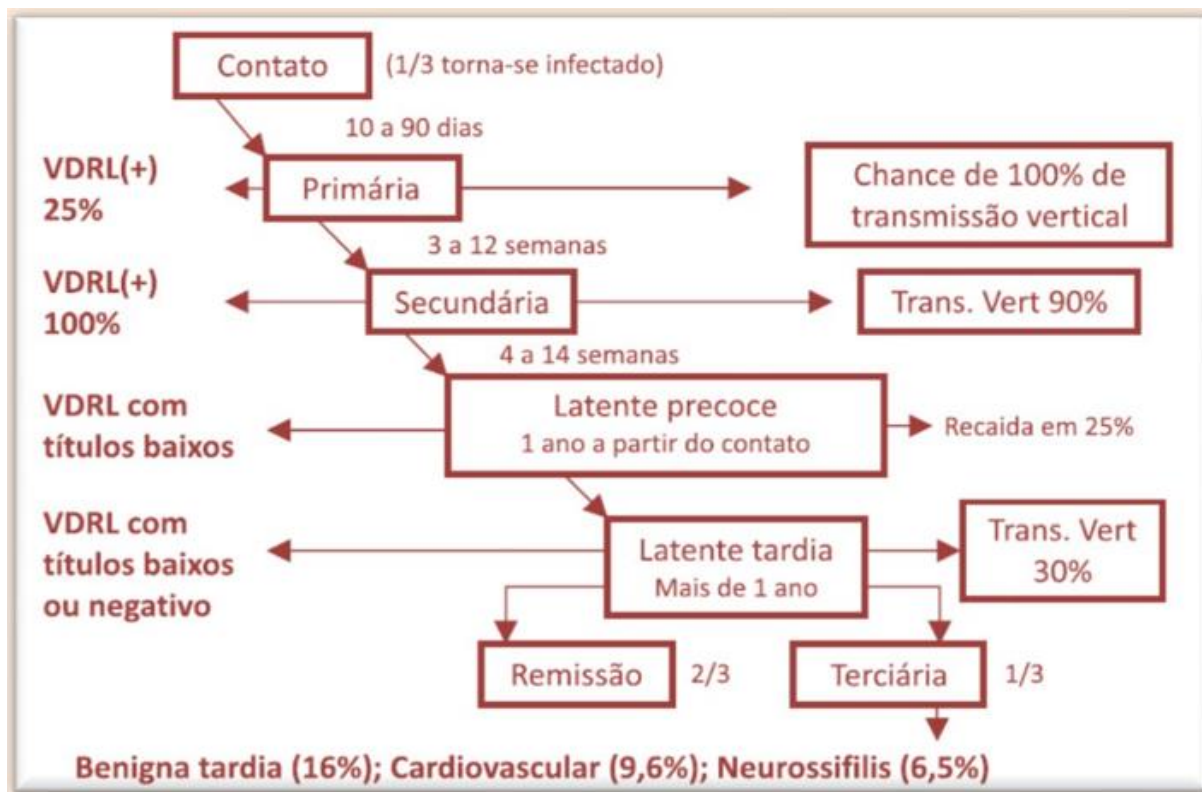
RECOMENDAÇÕES PARA O SEGUIMENTO DA SÍFILIS MATERNA

Reforçar a orientação sobre os riscos relacionados à infecção pelo *Treponema pallidum* por meio da transmissão sexual para que as mulheres com sífilis e seu(s) parceiro(s) tenham práticas sexuais seguras.

Recomendar o uso rotineiro de preservativos sexuais (masculino e feminino), durante e após o tratamento.

Realizar o controle de cura mensal por meio do VDRL. Considera-se resposta adequada ao tratamento quando há declínio dos títulos em duas titulações em 3 meses, o que pode acontecer em até 6 meses ou mais, nos estágios mais tardios da infecção. Muitas mulheres chegarão ao parto sem ter alcançado essa queda dos títulos. Recomenda-se, então, avaliar o tratamento realizado da gestante e da (s) parceria (s), e a possibilidade de coinfeção pelo HIV para a definição de condutas.

Imagem 9 – Curso natural da sífilis em gestantes



CAPÍTULO 3

SÍFILIS CONGÊNITA

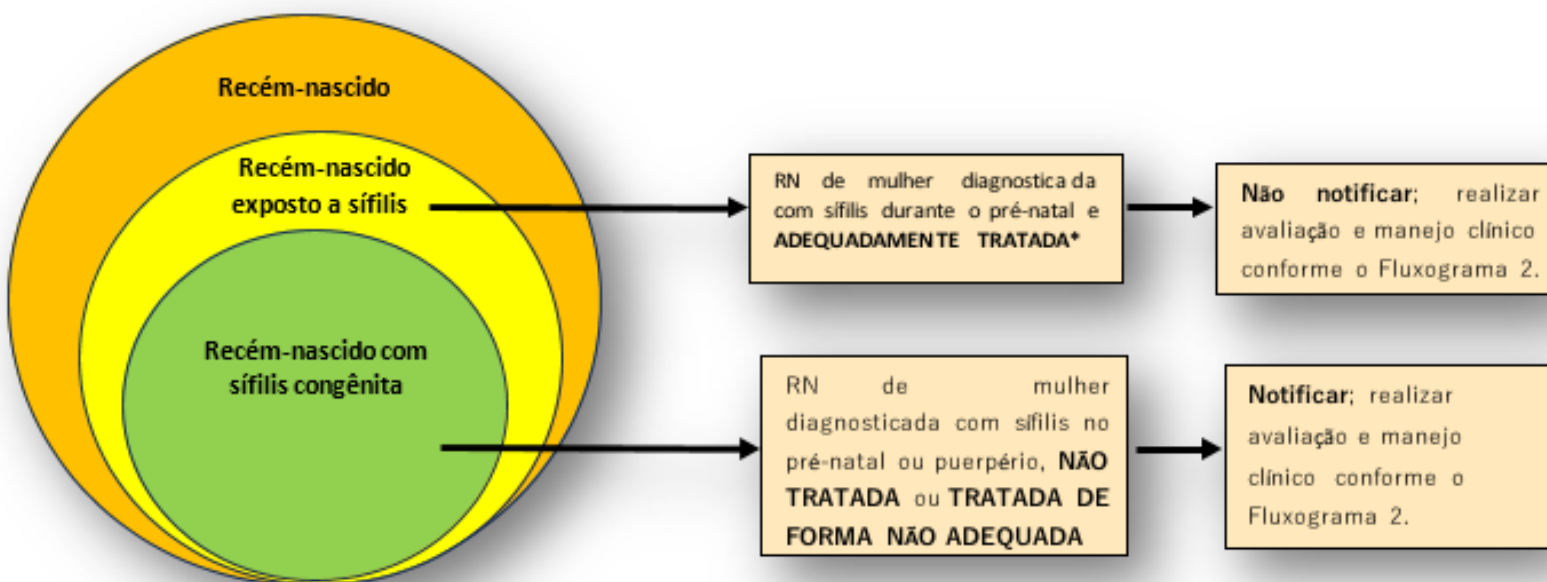
A sífilis congênita (SC) é um agravo evitável, resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, geralmente por via transplacentária, independentemente da idade gestacional. Após a sua passagem transplacentária, o *T. pallidum* alcança os vasos umbilicais e multiplica-se rapidamente em todo o organismo fetal. Os locais em que as lesões são mais frequentes são fígado, pele, mucosas, esqueleto, sistema nervoso, pâncreas e pulmão. A taxa de transmissão vertical em mulheres não tratadas varia de 70 a 100% nas fases primária, secundária e latente recente da doença materna e é de 30% nas fases mais tardias da infecção materna. A via de transmissão fetal pelo canal de parto pelo *T. pallidum* é excepcional, apenas quando a mãe apresenta lesões ativas genitais. O leite materno não transmite sífilis para a criança, salvo raros casos quando há lesões de pele ativas nas mamas. Entre os desfechos adversos resultantes da sífilis materna não tratada, 40% resultarão em perdas gestacionais precoces, 11% em morte fetal a termo e 12 a 13% em partos pré-termo ou baixo peso ao nascimento.

DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍFILIS CONGÊNITA

São considerados critérios para definição e notificação de caso de sífilis congênita quando uma das situações abaixo é verificada na avaliação do RN, lactente ou criança com menos de 13 anos de idade:

- Filho de mãe não tratada para sífilis na gestação ou tratada inadequadamente;
- RN com sinais clínicos, radiológicos ou liquóricos de sífilis e VDRL positivo;
- RN com títulos de testes não treponêmicos maiores que o materno em 2 diluições;
- Criança exposta a sífilis com aumento de títulos em 2 diluições;
- Títulos persistentes em crianças expostas (mães tratadas adequadamente);
- Testes positivos treponêmicos após 18 meses em criança sem diagnóstico prévio.

Imagem 10 – Fluxo de notificação a partir da classificação do recém-nascido ao nascimento baseado apenas no histórico materno



O diagnóstico definitivo só é realizado pelo encontro do *Treponema pallidum* em campo escuro ou em exame histológico de lesões ativas. Também são considerados como caso de sífilis congênita todo aborto ou natimorto filho de mãe não tratada para sífilis na gestação ou inadequadamente tratada.

Além da sorologia não treponêmica, nos RN sintomáticos ou assintomáticos, filhos de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas, os exames de análise de líquido, hemograma e Raio-X de ossos longos deverão ser realizados.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de SC no RN, pela dificuldade de isolamento do *Treponema pallidum*, depende da história materna, com exames laboratoriais e tratamento, além de dados clínicos, laboratoriais e de imagem do RN.

Radiografias de ossos longos

As lesões ósseas são disseminadas, sempre simétricas e caracterizadas por osteocondrite, osteíte e periostite nas metáfises e diáfises de ossos longos (tíbia, fêmur e úmero). Algumas vezes é decisivo para o diagnóstico.

Exames laboratoriais

As reações mais utilizadas são:

- VDRL (*Veneral Disease Research Laboratories Test*), que é um teste de floculação;
- RPR (*Rapid Plasma Reagin*).

A reatividade destes testes é observada para as imunoglobulinas: IgG e IgM, o que permite avaliar a atividade da doença. Um teste não treponêmico positivo no RN não necessariamente indica infecção congênita, uma vez que a IgG ultrapassa a placenta.

Os títulos no sangue do RN devem ser comparados aos maternos; sempre que são iguais ou menores que os maternos podem ser anticorpos de transferência passiva, tendendo a diminuir nos primeiros meses de vida. Quando os títulos sorológicos no RN são maiores que os maternos, podem indicar doença. Esses testes são usados também para seguir a resposta terapêutica à doença.

Para os RN de mães com cicatriz sorológica para sífilis antes da gestação, a recomendação é de realizar o teste não treponêmico na Maternidade, pelo risco de reinfeção materna.

Exames hematológicos

O hemograma pode revelar anemia, com número de leucócitos extremamente variável, mas com tendência à leucocitose, algumas vezes com reação leucemoide. Pode haver trombocitopenia.

Exame do líquido cefalorraquidiano (LCR)

Tendo em vista a elevada frequência de neurosífilis congênita assintomática (em torno de 60% dos pacientes), este exame deverá fazer parte da rotina no diagnóstico da sífilis congênita e poderá ser observada pleocitose com predomínio de células linforreticulomonocitárias, podendo também ocorrer hiperproteionorraquia (Quadro 3). Crianças com VDRL positivo no LCR, ou qualquer alteração quimiofisiológica devem ser consideradas como portadoras de neurosífilis.

Quadro 6 – Valores de exame líquórico em crianças com suspeita de neurosífilis

PARÂMETROS	LCR SUGESTIVO DE SÍFILIS NO RN	LCR SUGESTIVO DE SÍFILIS NAS CRIANÇAS MAIORES DE 28 DIAS
Leucócitos	Maior que 25 cel/mm ³	Maior que 5 cel/mm ³
Proteínas	Maior que 150 mg/dl	Maior que 40 mg/dl
VDRL	Reagente	Reagente

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E CLASSIFICAÇÃO

A maioria dos recém-nascidos (RN) é assintomática ao nascimento, variando entre 50 a 70%, e os sintomas quando presentes se manifestam nos primeiros três meses de vida. A sífilis é, também, causa de prematuridade e de baixo peso ao nascimento do RN. Do ponto de vista clínico, a sífilis congênita tem sido classificada em sífilis congênita precoce e sífilis congênita tardia.

A sífilis congênita precoce (SCP) é aquela cujas manifestações clínicas se apresentam logo após o nascimento ou pelo menos durante os primeiros dois anos de vida. Na sífilis congênita tardia (SCT), as manifestações aparecem após o segundo ano de vida e, neste caso, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida decorrente de agressão ou abuso sexual da criança.

Sífilis Congênita Precoce

Os recém-nascidos, na sua maioria, são assintomáticos ao nascimento, mas podem apresentar baixo peso, retardo de crescimento intrauterino (RCUI) e prematuridade.

Na forma sintomática, as principais manifestações são:

- Alterações ósseas: osteocondrite e periostites simétricas e pseudoparalisia de Parrot (unilateral);
- Alterações cutâneo-mucosas: rinite serossanguinolenta ou purulenta, lesões sífilíticas avermelhadas em mucosa oral;
- Alterações de pele: lesões bolhosas (pênfigo palmoplantar), exantema maculopapular;
- Alterações do sistema nervoso central: leptomeningite aguda ou forma meningovascular crônica, com hidrocefalia progressiva e comprometimento de pares

cranianos, especialmente o sétimo par, e deterioração gradual do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM);

- Alterações renais: síndrome nefrótica por deposição de imunocomplexos;
- Alterações oculares: coriorretinite com aspecto “sal e pimenta”, glaucoma, uveíte, fotofobia, lacrimejamento excessivo e diminuição da acuidade visual;
- Alterações pulmonares: pneumonia alba;
- Alterações do trato gastrointestinal: síndrome de má-absorção e desnutrição;
- Alterações do sistema retículoendotelial: hepatoesplenomegalia, linfadenopatia generalizada;
- Alterações hematológicas: anemia, icterícia e trombocitopenia. Um achado característico é a anemia hemolítica com teste de Coombs negativo.

Imagem 11 – Sífilis congênita precoce







Sinal de Wimberger
Destruição medial da metáfise proximal da tíbia



Sífilis Congênita Tardia

As manifestações clínicas principais são malformações ou estigmas decorrentes da evolução cicatricial de lesões do quadro precoce, não tratado, ou a persistência de resposta inflamatória (reação de hipersensibilidade) à infecção crônica. Os sinais considerados característicos são:

- Dentição: dentes de Hutchinson (anormalidades dos incisivos centrais superiores molares em forma de amora identificados na dentição permanente;
- Olhos: ceratite intersticial, coriorretinite cicatrizada, uveíte, cicatriz córnea;
- Ouvido: surdez relacionada com o oitavo par craniano;
- Nariz e face: nariz em sela, protuberância da mandíbula, fronte olímpica, palato em “ogiva”;
- Pele: rágades periorais e fissuras anais;
- Sistema nervoso central: retardo mental, hidrocefalia, convulsões, atrofia do nervo óptico;
- Ossos e articulações: tibia em sabre, alargamento esternoclavicular, articulações de Clutton (edema indolor de joelhos devido a sinovite e hidroartrose).

Imagem 12 – Sífilis congênita tardia



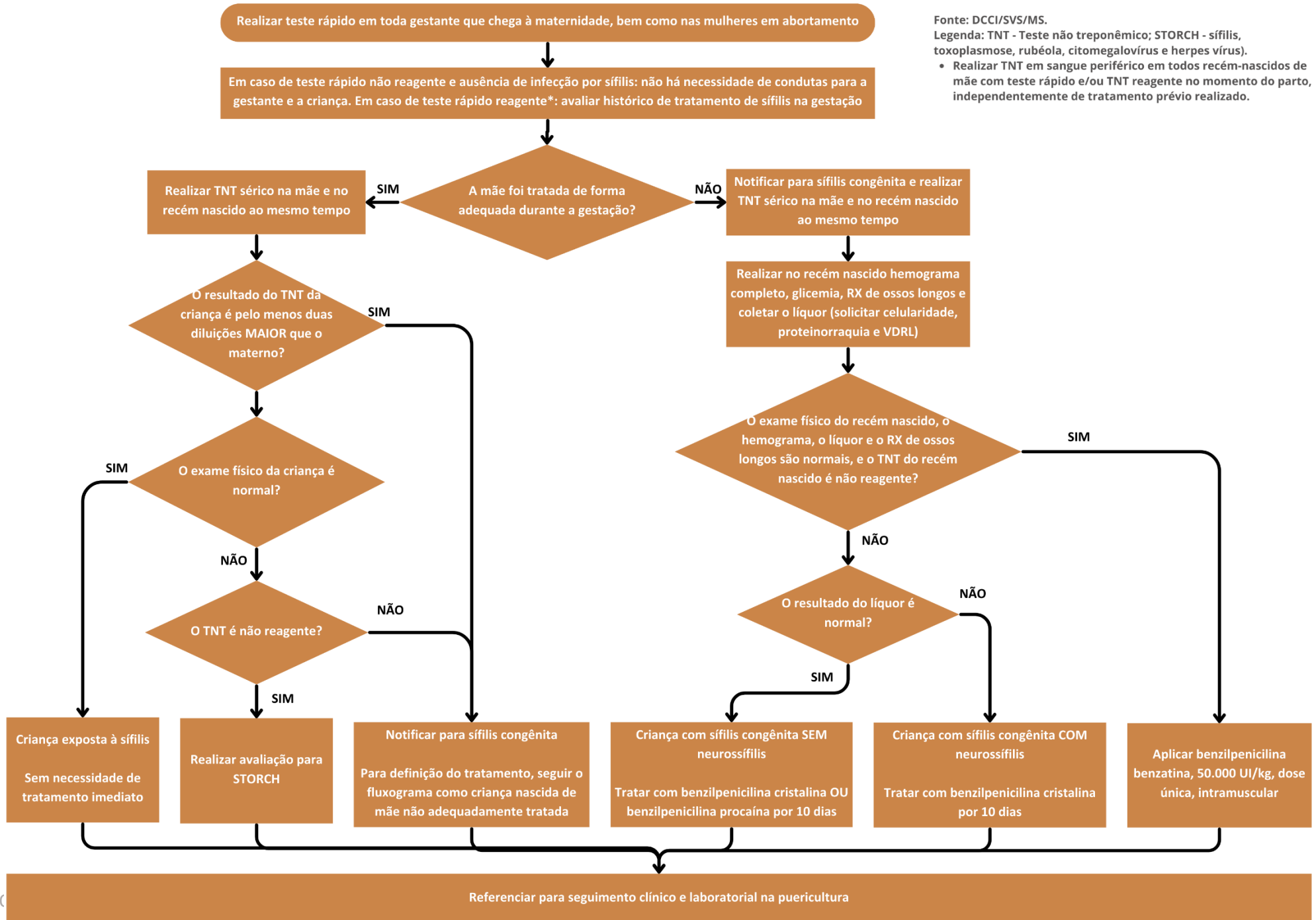
AVALIAÇÃO E MANEJO NA MATERNIDADE

A avaliação inicial da criança exposta à sífilis ou com sífilis congênita é realizada considerando os seguintes aspectos:

- Histórico materno de sífilis quanto ao tratamento e seguimento na gestação;
- Sinais e sintomas clínicos da criança (na maioria das vezes ausentes ou inespecíficos);
- Teste não treponêmico de sangue periférico da criança comparado com o da mãe.

Não existe uma avaliação complementar que determine com precisão o diagnóstico da infecção na criança. Assim, esse diagnóstico exige uma combinação de avaliação clínica, epidemiológica e laboratorial (Ver fluxograma 1).

Fluxograma 1 – Fluxograma para avaliação e manejo na maternidade das crianças nascidas de mães com diagnóstico de sífilis na gestação atual ou no momento do parto



TRATAMENTO DO RN COM SÍFILIS CONGÊNITA

O medicamento de eleição para o tratamento da sífilis congênita precoce é a penicilina, antibiótico bactericida quando usado em doses e em intervalos adequados. Tratamento deve ser realizado por 10 dias com penicilina cristalina endovenosa, ou penicilina procaína intramuscular se LCR normal:

- Todos RN com SC sintomática;
- RN assintomático filho de mãe inadequadamente tratada e VDRL reagente;
- RN assintomático filho de mãe inadequadamente tratada com exames alterados; d) RN filho de mãe adequadamente tratada, porém teste não treponêmico positivo e exames alterados ou teste não treponêmico maior em 2 diluições que o materno.

A opção de penicilina benzatina 50.000 UI/kg pode ser usada:

- RN filho de mãe adequadamente tratada, com exames normais e teste não treponêmico positivo em até uma diluição maior que a mãe;
- RN filho de mãe inadequadamente tratada com exames normais e teste não treponêmico não reagente, com seguimento obrigatório.

Quadro 7 – Resumo de tratamento do RN com sífilis congênita no período neonatal

ESQUEMA TERAPÊUTICO	QUEM PODE RECEBER O ESQUEMA	SEGUIMENTO
Benzilpenicilina potássica (cristalina) 50.000 UI/kg, IV, de 12/12h na primeira semana de vida e de 8/8h após a primeira semana de vida, por 10 dias	Criança com ou sem neurosífilis	Referenciar para seguimento clínico e laboratorial na puericultura
Benzilpenicilina procaína 50.000 UI/kg, IM, 1x/dia, por 10 dias	Criança sem neurosífilis Obs.: é necessário reiniciar o tratamento se houver atraso de mais de 24 horas na dose	Referenciar para seguimento clínico e laboratorial na puericultura
Benzilpenicilina benzatina 50.000 UI/kg, IM, dose única	Crianças nascidas de mães não tratadas ou tratadas de forma inadequada, com exame físico normal, exames complementares normais e teste não treponêmico não reagente ao nascimento	Referenciar para seguimento clínico e laboratorial na puericultura. Seguimento obrigatório

SEGUIMENTO DO RN COM SÍFILIS CONGÊNITA

Para o seguimento do RN recomendam-se consultas ambulatoriais mensais até o sexto mês de vida e bimensais do 6º ao 12º mês. Do 12º ao 24º mês, consultas a cada quatro meses. Os exames de VDRL devem ser realizados no primeiro mês e no 3º, 6º, 12º e 18º mês de idade, interrompendo-se o seguimento com dois exames consecutivos de VDRL negativos.

Nos lactentes com teste treponêmico positivo, após os 18 meses, o seguimento deve se estender até o quinto ano de vida, por conta das sequelas tardias (ceratite intersticial, surdez neurossensorial e articulações de Clutton), que podem aparecer mesmo com o tratamento adequado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria SCTIE/MS nº 55, de 11 de novembro de 2020**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, n. 217, p. 144, 13 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 211 p.

CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS-SP. Coordenadoria de Controle de Doença, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Guia de bolso para o manejo de sífilis em gestante e sífilis congênita**. 2a Edição. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Nota Técnica Nº 14/2023-DATHI/SVSA/MS**: Dispõe sobre atualização da recomendação do intervalo entre doses de benzilpenicilina benzatina no tratamento de sífilis em gestantes.

RAMCHANDANI, M. S.; CANNON, C. A.; MARRA, C. M. **Syphilis**: A Modern Resurgence [published online ahead of print, 2023 Mar 31]. Infect. Dis. Clin. North Am., v. 37, n. 2, p. 195-222, jun. 2023.

WORKOWSKI, K. A.; BACHMANN, L. H.; CHAN, P. A. ET AL. **Sexually Transmitted Infections Treatment Guideline**. MMWR Recomm. Rep., v. 70, n. 4, p. 39-60, 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf>.

